

養 育 医 療 意 見 書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
在胎週数 (単胎・多胎)	在 胎 週 単 胎 / 双胎 (胎)			出生時の 体重	グラム

※症状の概要欄は (1) あり、(2) なしのいずれかを○で囲むこと。
 ※出生時体重が 2,000 g を越える場合は、詳しい症状を記載すること。
 ※出生時の状況又は、養育医療が必要と思われる状況を記載すること。

症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	運動不安・痙攣 運動が異常に少ない	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
	2 体 温	摂氏 34 度以下	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
	3 呼 吸 器 循 環 器	強度のチアノーゼ持続	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
		チアノーゼ発作を繰り返す	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
		呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
		呼吸数が毎分 30 以下	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
	4 消 化 器	出血傾向が強い	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし
生後 24 時間以上排便がない		(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし	
生後 48 時間以上嘔吐が持続 血性吐物・血性便がある		(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし	
5 黄 疸	生後数時間以内に発生	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし	
	異常に強い	(1) あり (2) なし	(1) あり (2) なし	(2) なし (2) なし	
その他の所見 (合併症の有無等)					

診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで
--------	------------------

現在受けている医療	他院からの転院： 無 有 転院日： 年 月 日 医療機関名 () 保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療 ()
-----------	---

症状の経過	
-------	--

上記のとおり診断する。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

郵便番号

電話番号

医師氏名